

重要事項説明書

1. 当法人の概要

法人の名称	有限会社 在宅ナースの会
代表者名	代表取締役 小菅 勉
所在地（法人）	横浜市金沢区柳町 1 5 - 6
所在地・電話（法人）	横浜市金沢区柳町 1 5 - 6 045-780-3072
業務の概要	ふくふく寺前訪問看護ステーション（訪問看護）、複合型サービスふくふく寺前（看護小規模多機能型居宅介護）、寺前デイサービスセンター（地域密着型通所介護）、小規模多機能型ハウスふくふく六浦（小規模多機能型居宅介護）、看護小規模多機能型居宅介護ふくふく釜利谷（看護小規模多機能型居宅介護）、ふくふく釜利谷訪問看護ステーション（訪問看護）、小規模多機能型ハウスふくふく富岡（小規模多機能型居宅介護）
事業所数	7
併設事業所	複合型サービスふくふく寺前 ふくふく寺前訪問看護ステーション

2. 事業所の概要

事業所の目的 排泄、食事等の介助、その他の日常生活上の世話又は支援、機能訓練等の適切な地域密着通所介護を提供することを目的とする

運営の方針 可能な限りその居宅に置いて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。又、利用者の意志及び人格を尊重し常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める

通所介護	事業所名称	寺前デイサービスセンター	
	介護保険事業所番号	1470801596	
	住 所	横浜市金沢区寺前 2-5-38	
	管理者・連絡電話番号	管理者 滋野 智子	電話 045-787-4649
	サービス提供地域	金沢区	

3. ご利用事業所の職員体制等（通所介護）

職 種	人 員
管理者	1 名（常勤 1 名）
生活相談員	2 名（常勤 1 名、非常勤 1 名）
機能訓練指導員	2 名（常勤 0 名、非常勤 2 名）
介護職員	9 名（常勤 2 名、非常勤 7 名）

職務の内容

管理者 従業者及び業務の実施状況の把握その他の業務の管理を一元的おこなう
事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行う

生活相談員 通所介護の利用の申し込みに係る調整、従業者に対する相談助言及び
技術指導を行い、他の従業者と協力して通所介護計画の作成を行う

機能訓練指導員 日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止する為の訓練、指導助
言を行う

4. 営業日・営業時間

営業日	月曜日 ～ 土曜日	営業時間	8：30～17：30
サービス提供日	月曜日 ～ 土曜日	サービス提供時間	10：00～17：00

※年末年始（12月29日～1月3日）は、「休祭日」の扱いとなります。

5. サービス利用基本料金および利用者負担

利用者負担金は、介護保険関係法令で定める次の介護給付費の1割、2割、
3割を負担していただきます。

（1）地域密着型通所介護費

要介護認定	単位	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）
要介護1	678	727円	1454円	2181円
要介護2	801	859円	1718円	2576円
要介護3	925	992円	1984円	2975円
要介護4	1049	1125円	2249円	3374円
要介護5	1172	1257円	2513円	3769円

1ヵ月利用時の料金（概算）

円	×	回	+	回（入浴）	×	円	=A	円
食事代	650円	×	食	+	上記A	円	=計	円

（2）加算の算定

【入浴加算】

入浴介助加算Ⅰ 40単位 43円（1割） 86円（2割） 129円（3割）
入浴介助加算Ⅱ 55単位 59円（1割） 118円（2割） 177円（3割）
1日につき

【個別機能訓練加算（Ⅰ）イ】

56単位 60円（1割） 120円（2割） 180円（3割）
1日につき

【若年性利用者受入加算】

60単位 65円（1割） 129円（2割） 193円（3割）
1日につき

【科学的介護推進体制加算】

40単位 44円（1割） 87円（2割） 131円（3割）
1月につき

【介護職員処遇改善加算（Ⅱ）】

$$\begin{aligned} & 1 \text{ ヶ月のサービス合計単位数} \times 9.0\% (\text{加算率}) \\ & \times 10.72 (\text{地域単価}) \times (\text{利用者負担率}) \\ & = \text{介護職員処遇改善加算（Ⅰ）利用者負担額} \end{aligned}$$

（３）デイサービスで食事を食べた場合

デイサービスにて食事をした場合の食事代は次の金額を徴収します。

1日 650円となります。（おやつ代は徴収しません）

（４）日用品

おむつ代 実費

ご利用者の希望による日用品費

教養娯楽費（自己負担）

時 期	キャンセル料
サービス利用の1日前	かかりません
サービス利用の当日	650円

キャンセル時の連絡先

寺前デイサービスセンター

電話番号 045-787-4649

6. 地域密着型通所介護計画の作成とサービス記録

事業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、地域密着型通所介護計画を作成し、その内容について利用者又はその家族等に対して説明し、合意を得ます。

②事業者は、地域密着型通所介護計画の作成後、実施状況の把握を行い、利用者又は、家族等と合意の上、必要に応じて計画の変更を行います。

7. 個人情報保護・守秘義務

サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する個人情報については、利用者の生命・身体等に危機がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後も第三者に漏らしません。退職後も守秘義務は継続し遵守します。

ただし、あらかじめ文章により利用者又はその家族等の同意を得た場合は、一定の条件のもと個人情報を利用できるものとします。

8. 運営推進会議の設置

当事業所では、地域密着型通所介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受ける為下記の通り運営推進会議を設置しています。

<運営推進会議>

構成 : 利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、当該サービスに知見を有する者
市の職員、地域包括支援センター職員
開催 ; 年2回
会議録 ; 運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

9 当事業所における苦情の受付

- 1) 当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます

苦情受付窓口(担当者)[職名] 管理者 滋野 智子

受付時間 電話番号 045-787-4649

毎週 月曜日～ 土曜日8時30分～17時30分

また、ご意見箱を事業所内に設置しています。

- 2) 行政機関その他苦情受付機関

横浜市・金沢区役所 高齢・障害支援課	所在地 横浜市金沢区泥亀 2-9-1 電話番号 045-788-7868 受付時間 8時45分～17時15分
横浜市・高齢健康福祉部 介護保険事業指導課	所在地 横浜市中区本町 6-50-10 支庁舎 16 階 電話番号 045-671-2356 受付時間 9時～17時
神奈川県国民健康保険団体 連合会(国保連)介護保険室	所在地 横浜市西区楠町 27-1 電話番号 057-022110

10 非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って対応と行います。

また、避難訓練を年2回、契約者も参加して行います。

金沢消防署への届出日：平成 24年 10月 1日

防火管理者：小菅 省三

<消防用設備>

- ・自動火災通報装置 ・火災報知器 ・ガス漏れ感知器
- ・スプリンクラー ・誘導灯 ・消火器 ・避難はしご

<地震、大水等災害発生時の対応>

- ・2階2箇所のベランダに非常用はしごを設置。
- ・3日以上分の非常用食品飲み水を準備(29人以上分)。
- ・救急バッグに懐中電灯、靴、帯紐などを常時準備している。

- ・地震、大水等災害発生時は、地区防災計画に沿って職員の招集、救急隊の要請等で避難場所である文庫小学校に避難誘導を迅速に行う。
- ・ケアマネージャー、ご家族との連携を行う。

＜災害時避難場所＞

（一時避難場所）

- ・横浜市立文庫小学校
横浜市金沢区寺前 2-2-1-7

（広域避難場所）

- ・称名寺（裏山一帯）
横浜市金沢区金沢町 2-1-2

1.1 社内研修の実施

年間研修計画に基づき年 6 回社内研修を実施します
新人研修を入社後 4 ヶ月以内に実施します

1.2 第三者評価の実施

第三者評価は実施しておりません

1.3 サービス利用にあたっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- 事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。
これに反したご利用様により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- 利用者の方の処置に使用する物品は各自持参ください。
- 施設内への食品の持ち込みは衛生管理の都合上禁止させていただきます。
- 連絡帳や通知には目を通してください。

14 事故等緊急時の対応

サービスの提供中に容態の急変・事故等が発生した場合は、主治医、救急、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。
賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとする

主治医 (かかりつけ医)	主治医 氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

令和 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受け、同意し交付を受けました。

○利用者

氏名 _____

○代理人(家族・扶養者)

氏名 _____ (続柄 _____)

サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項説明を致しました。

○説明者

施設名称 _____ 寺前デイサービスセンター

氏 名 _____ 滋野 智子